



FEB 16 2010

UIC

SOLICITUD DE BENEFICIO POR AÑOS DE SERVICIO

ASEGURADOS
SUCURSAL DE PONCE

VER INSTRUCCIONES AL DORSO

I - INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE			
NOMBRE <u>Carmen D. Meléndez Rivera</u>		SEGURO SOCIAL <u>584-80-8835</u>	TELÉFONO <u>(787) 202-3027</u>
DIRECCIÓN FÍSICA <u>Comunidad Cristina Calle Las Violetas #45</u>		DIRECCIÓN POSTAL <u>P.O. Box 801413 Coto Laurel P.R.</u>	
PUEBLO <u>Juana Díaz</u>	CÓDIGO POSTAL <u>80780-1413</u>	PUEBLO <u>Ponce</u>	CÓDIGO POSTAL <u>00780-1413</u>
FECHAS			
INDIQUE AGENCIA DÓNDE HA TRABAJADO		DESDE	HASTA
A) <u>Hospital Municipal San Juan</u>		<u>20 agosto 1975</u>	<u>Octubre 14 1977</u>
B) <u>Hospital Regional Ponce</u>		<u>14 Octubre 1977</u>	<u>30 Septiembre 2009</u>
C) _____			
Conteste las siguientes preguntas			
¿Fecha ingresó al seguro? <u>2 16 77</u> Mes / Día / Año	¿Perdió el seguro alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ <input checked="" type="checkbox"/> No	¿Ha vuelto a ingresar al seguro alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ <input checked="" type="checkbox"/> No	
¿Cambió de categoría de Seguro? <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ <input checked="" type="checkbox"/> No	Firma del Solicitante <u>Carmen D. Meléndez Rivera</u>		
Fecha de Solicitud _____			
II - CERTIFICACIÓN DE LA AGENCIA			
Certifico que <u>CARMEN D. MELENDEZ RIVERA</u>		Seguro Social <u>584-80-8835</u>	
Cesó de trabajar en esta agencia en <u>septiembre/30/2009</u> Mes / Día / Año			
Disfrutó de Licencia sin Sueldo desde <u>n/a</u> Mes / Día / Año		Hasta <u>n/a</u> Mes / Día / Año	
Fecha último descuento de Seguro <u>SEPT./30/2009</u>			
<u>DEPARTAMENTO DE SALUD</u> Nombre de la Agencia		Vivian I. Laboy Santiago Nombre Director de Personal o su Representante Autorizado	
<u>30 de septiembre de 2009</u> Fecha de Certificación		<u>Vivian I. Laboy Santiago</u> Firma Director de Personal o su Representante Autorizado	
III - CERTIFICACIÓN DE SISTEMA DE RETIRO			
UNA VEZ SE LE APRUEBE LA PENSIÓN, DEBERÁ CERTIFICAR ESTE FORMULARIO EN EL SISTEMA DE RETIRO AL CUAL PERTENECE.			
Certifico que <u>Carmen Meléndez Rivera</u>		Seguro Social <u>584-80-8835</u>	
Pensionado Número _____		se le aprobó la pensión efectivo al <u>OCT - 01 - 2009</u> Mes / Día / Año	
<u>Adm. Sistema de Retiro</u> Nombre del Sistema de Retiro al cual Pertenece		Madeline Solís Colón Nombre Director de Sistema de Retiro o su Representante Autorizado	
<u>8-Febrero-2010</u> Fecha de Certificación		<u>Madeline Solís Colón</u> Firma Director de Sistema de Retiro o su Representante Autorizado	